

Nr ewid. 125/1998/P97/100/DPS

1. CZĘŚĆ OGÓLNA

1.1. Charakterystyka kontroli

Kontrola Nr P/97/100 „**Działalność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie prewencji rentowej**” podjęta została z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli.

Celem kontroli była ocena działań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, związanych z prowadzeniem prewencji rentowej, w tym z zapewnieniem rehabilitacji leczniczej osobom zagrożonym trwałą lub długoterminową niezdolnością do pracy. Celem kontroli była także ocena stopnia realizacji innych zadań związanych z prewencją rentową, o których mowa w art. 11 ust. 2 pkt 3-5 ustawy z dnia 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych¹. Ocenie została poddana prawidłowość wykorzystania środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przeznaczonych na ten cel.

Kontrolą objęto okres od 1 lipca 1995 r. do 30 czerwca 1997 r.

Badania kontrolne przeprowadzono od października 1997 r. do marca 1998 r. i uczestniczyło w nich 7 delegatur oraz Departament Pracy i Spraw Socjalnych NIK. Kontrolą objęto łącznie 26 jednostek, w tym:

- Centralę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w której badaniem objęto realizację zadań z zakresu prewencji rentowej, o których mowa w art. 11 ust. 2 ustawy, a także ocenę prawidłowości wykorzystania środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przeznaczonych na prewencję rentową,
- 10 państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych, podległych Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej, w zakresie świadczenia usług rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, na podstawie zawartych umów,
- 5 zakładów opieki zdrowotnej podległych wojewodom, w zakresie świadczenia usług rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, na podstawie zawartych umów,

¹ jedn. tekst Dz. U. 1989 r. Nr 25, poz. 137 ze zm.

- 1 szpital kliniczny podległy Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej, w zakresie świadczenia usług rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, na podstawie zawartych umów,
- 9 sanatoriów branżowych, utworzonych i utrzymywanych przez organizacje związkowe i inne podmioty, w zakresie świadczenia usług rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, na podstawie zawartych umów.

Oceny dokonywano: w Centrali ZUS z uwzględnieniem kryteriów legalności, celowości, gospodarności i rzetelności - art. 2 ust. 1 w związku z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli², w ośrodkach rehabilitacyjnych z uwzględnieniem kryteriów legalności i rzetelności na podstawie art. 2 ust. 3 pkt 4 w związku z art. 5 ust. 3 ustawy o NIK. Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

W wyniku przeprowadzonej kontroli wykonania budżetu państwa za rok 1995 NIK zakwestionowała legalność wydatkowania środków finansowych Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na leczenie rehabilitacyjne w 1995 r., tj. przed wydaniem rozporządzenia Rady Ministrów, które miało określić tryb i zasady kierowania na rehabilitację leczniczą oraz sposób pokrywania przez ZUS części kosztów tej rehabilitacji. NIK w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Prezesa ZUS wniosła o realizację następujących wniosków:

„1. Wykorzystanie środków FUS w ramach prewencji rentowej zgodnie z przeznaczeniem i pokrywanie określonej części kosztów rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez Zakład, stosownie do art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych;

2. Po wydaniu przez Radę Ministrów rozporządzenia określającego zasady kierowania osób na rehabilitację leczniczą oraz pokrywania części kosztów tej rehabilitacji, należy przeprowadzić:

- renegocjację zawartych umów na prowadzenie rehabilitacji leczniczej z wprowadzeniem procedur zabezpieczających interesy ZUS,
- rozliczenie 30 ośrodków z przekazanych im w grudniu 1995 r. środków finansowych FUS w łącznej kwocie 6.570 tys. zł., stosownie do przepisu art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych”.

² Dz. U. 1995 r. Nr 13, poz. 59 ze zm.

Z ustaleń obecnie prezentowanej kontroli wynika, że zrealizowane zostały wnioski adresowane do Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dotyczące renegotjacji zawartych umów na prowadzenie rehabilitacji leczniczej oraz rozliczenia 30 ośrodków z przekazanych im w grudniu 1995 r. środków finansowych, nie został natomiast zrealizowany wniosek dotyczący pokrywania przez ZUS określonej części kosztów rehabilitacji leczniczej.

1.2. Ocena kontrolowanej działalności i synteza ustaleń kontroli

Wyniki kontroli wskazują, że w 1995 r. rozpoczęcie działalności ZUS w zakresie prewencji rentowej nie było przygotowane. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji, wydane na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 11 ust. 2 pkt 2 znowelizowanej ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych, zostało wydane dopiero w dniu 3 grudnia 1996 r. i weszło w życie z dniem 27 grudnia 1996 r.

Kontrola wykazała, że:

- W grudniu 1995 r. ZUS przekazał 30 ośrodkom rehabilitacyjnym łączną kwotę 6.570 tys. zł. na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Nie negując celowości wydatkowania tych środków, należy stwierdzić, że ich przekazanie nastąpiło z naruszeniem prawa (przed wydaniem przepisów wykonawczych). Środki finansowe przekazano na podstawie nieprecyzyjnie sformułowanych umów, w treści których nie uwzględniono między innymi: stawki osobodnia, zakresu usług, sposobu i terminu rozliczeń. Umowy te nie gwarantowały gospodarnego i zgodnego z przeznaczeniem wykorzystania przekazanych zaliczkowo środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Stawki osobodnia na 1996 rok zostały ustalone dopiero w aneksach do „umów wstępnych”, zawieranych od 3 października do grudnia 1996 roku (opis str. 18).
- ZUS dokonał wyboru ośrodków rehabilitacyjnych do prowadzenia rehabilitacji leczniczej z pominięciem procedur określonych w ustawie z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych³, pomimo, że przepisy ustawy miały zastosowanie do zlecenia usług w zakresie prowadzenia rehabilitacji leczniczej (opis str. 17 - 18).
- ZUS sfinansował w 1996 r., bez podstawy prawnej, zwrot przez ośrodki rehabilitacyjne kosztów przejazdu ubezpieczonym na rehabilitację leczniczą. (opis str. 24).

- Planowanie środków finansowych na wydatki z zakresu prewencji rentowej, w tym na rehabilitację leczniczą, znacznie przewyższało rzeczywiste potrzeby. Planowane w 1996 r. wydatki na prowadzenie prewencji rentowej w kwocie 50.000 tys. zł, zostały wykonane zaledwie w 15% (7.477 tys. zł.). Wydatki na rehabilitację leczniczą stanowiły tylko 8,3 % środków planowanych na ten cel. W I półroczu 1997 r. środki wydatkowane na rehabilitację leczniczą stanowiły 16,7 % rocznego planu środków na prewencję rentową ⁴(opis str. 24 - 25).
- Pomimo zawarcia w grudniu 1995 r. „umów wstępnych” z 30 ośrodkami rehabilitacyjnymi i przekazania im środków finansowych, ZUS rozpoczął kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w styczniu 1996 r. tylko do 5 ośrodków rehabilitacyjnych. Wykorzystanie przez ZUS miejsc zagwarantowanych umowami w badanych ośrodkach było bardzo niskie i wynosiło 13,7% w I kwartale 1996 r. i 34,6 % w kwartale następnym, 30,5% w całym 1996 roku oraz 52,3% w I półroczu 1997 r. (opis str. 26 -27).
- W kontrolowanych ośrodkach w 1996 r. ZUS pokrywał cały koszt rehabilitacji leczniczej w 12 spośród skontrolowanych 25 ośrodków, a w I półroczu 1997 r. w 8 ośrodkach, co stanowiło naruszenie przepisu art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych i § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. (opis str. 30 - 31).
- Wśród osób skierowanych w 1996 r. na rehabilitację leczniczą znaleźli się emeryci i renciści oraz pracownicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (88 osób), którzy nie pobierali przez dłuższy czas świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy, co stanowiło naruszenie art. 11 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych. (opis str. 21 - 22).
- Wbrew obowiązkowi, wynikającemu z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r., ZUS nie zawarł z 10 państwowymi przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi porozumień, określających zasady kierowania na rehabilitację i pokrywania części kosztów tej rehabilitacji. Porozumienia zawarte z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, nie określały, pomimo

³ Dz. U. Nr 76,poz. 344 ze zm.

⁴ W 1997 roku na prewencję rentową planowano 45.500 tys. zł., wykonano 18.671 tys. zł. (41,0% planu).

obowiązku nałożonego powołanym przepisem, sposobu ustalania należności za udzielone świadczenia i dokonywania rozliczeń (opis str. 19 - 20).

- Przy braku kontroli ze strony ZUS, ośrodki rehabilitacyjne nie przestrzegały w pełni postanowień zawartych umów, w części dotyczących: przedłużania czasu rehabilitacji (opis str. 32 - 33), standardów usług rehabilitacyjnych (opis str. 33 - 34), terminowego nadsyłania „informacji o leczeniu rehabilitacyjnym” (opis str. 32), a także przeznaczania środków finansowych otrzymanych z ZUS wyłącznie na cel określony w umowie tj. rehabilitację leczniczą (opis str. 27 - 28).

W wystąpieniach pokontrolnych Najwyższa Izba Kontroli wnioskowała o dokonanie korekty rozliczeń pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i ośrodkami rehabilitacyjnymi. Stwierdzono uszczuplenia finansowe ogółem w kwocie 188.939,20 zł. z tego: Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w wysokości 38.124,84 zł. oraz państwowych jednostek organizacyjnych w wysokości 150.814,36 zł. W wyniku postępowania pokontrolnego odzyskano 140.471,71 zł., w tym przez Fundusz Ubezpieczeń Społecznych 15.266,90 zł. i państwowe jednostki organizacyjne 125.204,81 zł.

1. 3. Uwagi i wnioski

Ustalenia kontroli pozwalają na sformułowanie pod adresem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych następujących wniosków o charakterze ogólnym dotyczących:

- pokrywania tylko części, a nie całości kosztów rehabilitacji leczniczej, zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych i § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r.,
- zawarcia z państwowymi przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi porozumień wymaganych § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r.,
- doprowadzenia do zgodności z przepisem § 3 ust. 2 powołanego wyżej rozporządzenia Rady Ministrów porozumień z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, w tym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, poprzez określenie sposobu ustalania należności za udzielone świadczenia i dokonywania rozliczeń,
- przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych⁵, przy zlecaniu usług w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej,

Niezależnie od wniosków przyjętych do realizacji przez ośrodki rehabilitacyjne i Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ustalenia kontroli wskazują na potrzebę podjęcia działań o charakterze legislacyjnym. Pilnej zmiany wymaga rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych, w brzmieniu nadanym przepisem art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 22 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw⁶ zawierał upoważnienie dla Rady Ministrów do określenia, w drodze rozporządzenia, zasad kierowania na rehabilitację leczniczą oraz pokrywania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych części kosztów tej rehabilitacji. Przepis § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. nie określa, jaką część kosztów rehabilitacji i na jakich zasadach pokrywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ani kto i na jakich zasadach pokrywa pozostałą część kosztów rehabilitacji. Stanowi natomiast „subdelegację” dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do ustalania zasad kierowania na rehabilitację leczniczą i pokrywania części kosztów tej rehabilitacji w drodze porozumień z organami lub jednostkami utrzymującymi ośrodki rehabilitacyjne. W dotychczas zawartych porozumieniach określono tylko listę ośrodków rehabilitacyjnych, które mogą być udostępnione ZUS. Zawarte porozumienia zobowiązują ZUS do dokonywania rozliczeń kosztów rehabilitacji leczniczej według zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi umów na wynegocjowanych warunkach.

Obowiązujące aktualnie przepisy nie przewidują możliwości poddania osoby ubezpieczonej, w razie wątpliwości co do zasadności orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy, badaniom kontrolnym decydującym o dalszej wypłacie świadczeń. Zakład Ubezpieczeń Społecznych musi dokonać wypłaty zasiłków chorobowych na podstawie orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy wydawanych przez wszystkich uprawnionych lekarzy. W przypadkach stwierdzonych nieprawidłowości nie może zaprzestać honorowania orzeczeń wydanych przez tych lekarzy. Aby prowadzenie przez ZUS rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej nie było dublowaniem lecznictwa sanatoryjnego (przy znacznie większych kosztach tej działalności), niezbędne są zmiany systemu orzekania o czasowej niezdolności do pracy,

⁵ Dz. U. Nr 76, poz. 344 ze zm.

⁶ (Dz. U. Nr 85, poz. 426)

stwarzające możliwość przeprowadzenia badania kontrolnego przez lekarza ZUS. Zakład Ubezpieczeń Społecznych powinien być uprawniony do przerywania wypłaty zasiłku chorobowego w przypadku, gdy ubezpieczony w wyniku badania kontrolnego okaże się zdolny do pracy. Powinien zostać także zobowiązany do wnikliwej kontroli orzeczeń o niezdolności do pracy dla celów rentowych osób, które po rehabilitacji leczniczej uzyskały w ośrodku rehabilitacyjnym orzeczenie „zdolny do pracy zarobkowej”.

Wprowadzenie powyższej reformy orzekania o czasowej niezdolności do pracy łącznie ze zracjonalizowanym systemem rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej może przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wypłacanych zarówno z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jak i ze środków zakładów pracy.

2. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

2.1. Charakterystyka stanu prawnego w zakresie kontrolowanej działalności

1. Ustawą z dnia 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych, z dniem 1 stycznia 1987 r., po raz pierwszy włączono do zakresu zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych inicjowanie działalności zmierzającej do zapobiegania zachorowaniom, inwalidztwu i wypadkom. Nowelizacja dokonana ustawą z dnia 15 lutego 1989 r. o zmianie ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych⁷ rozszerzyła działalność Zakładu o zadania określone w art. 11 ust. 2, w myśl którego:

"Zakład inicjuje oraz może finansowo lub w innej formie wspierać:

1. działalność zmierzającą do zapobiegania zachorowaniom, inwalidztwu i wypadkom oraz działalność dotyczącą rehabilitacji zawodowej, w szczególności w zakresie:

- a) edukacji zdrowotnej,
- b) rozwijania ośrodków rehabilitacji zawodowej,
- c) szkolenia inwalidów oraz tworzenia dla nich miejsc pracy,

⁷ Dz. U. Nr 6, poz. 35

- d) rozwijania produkcji protez, przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego,
- e) badań i analiz przyczyn inwalidztwa, a zwłaszcza z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,

2. Rozwój sieci domów - pensjonatów dla emerytów i rencistów".

2. Nowelą z dnia 22 czerwca 1995 r.⁸ Zakład Ubezpieczeń Społecznych został zobowiązany do prowadzenia prewencji rentowej (zamiast dotychczasowych zadań określonych w cyt. wyżej art. 11 ust. 2). Zmiana ustawy weszła w życie z dniem 24 sierpnia 1995 r. Przepis art. 11 ust. 2 znowelizowanej ustawy otrzymał brzmienie:

„2. Do zakresu działania Zakładu należy także prowadzenie prewencji rentowej, a w szczególności:

1) orzekanie o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonych pobierających przez dłuższy okres świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy i zagrożonych stałą lub długoterminową niezdolnością do pracy,

2) kierowanie osób, o których mowa w pkt. 1, na rehabilitację leczniczą oraz pokrywanie części kosztów tej rehabilitacji na zasadach określonych przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia,

3) prowadzenie we własnym zakresie badań i analiz przyczyn inwalidztwa, w szczególności z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz inicjowanie i wspieranie finansowo lub w innej formie badań naukowych dotyczących tej problematyki,

4) współdziałanie z organami i instytucjami właściwymi do spraw prewencji rentowej, rehabilitacji leczniczej i zawodowej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych,

5) wspieranie finansowo lub w innej formie działań mogących przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.”

Stosownie do art. 11 ust. 2 pkt 1 znowelizowanej ustawy, warunkiem orzeczenia przez lekarzy ZUS potrzeby rehabilitacji leczniczej jest pobieranie przez ubezpieczonego przez

⁸Dz. U. Nr 85, poz. 426

dłuższy okres świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy i zagrożenie stałą lub długoterminową niezdolnością do pracy.

Warunkiem jest też pomyślne rokowanie medyczne co do powrotu ubezpieczonego do pracy po rehabilitacji leczniczej. Nie wynika on wprost z zapisu ustawowego, lecz z celu prewencji rentowej. Celem tym jest umożliwienie czasowo niezdolnym do pracy podjęcie zatrudnienia i w konsekwencji zmniejszenie wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

3. Przepis art. 11 ust. 2 pkt 2 cyt. ustawy zawiera upoważnienie dla Rady Ministrów do określenia w drodze rozporządzenia zasad kierowania na rehabilitację leczniczą i pokrywania części kosztów tej rehabilitacji. Wykonaniem tego upoważnienia jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji. Rozporządzenie, o którym mowa obowiązuje od dnia 27 grudnia 1996 r.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia, uprawnionymi do wnioskowania o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej są lekarze, (zarówno zakładów opieki zdrowotnej, jak i prywatnie praktykujący), oraz komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia - w stosunku do osób pobierających świadczenia rehabilitacyjne. Wnioski w postaci wypełnionego formularza stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia składane są, wraz z niezbędną dokumentacją, w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej przez ubezpieczonego. Stosownie do § 2 ust. 1 rozporządzenia, o potrzebie rehabilitacji leczniczej orzeka lekarz ZUS. Na podstawie przepisu § 2 ust. 4 rozporządzenia, po weryfikacji uprawnień ubezpieczonego, oddział ZUS przesyła wniosek do Centrali ZUS w Warszawie, która wystawia skierowanie na rehabilitację leczniczą. Ubezpieczony nie ponosi kosztów rehabilitacji leczniczej, realizowanej zgodnie ze skierowaniem ZUS (§ 5 ust. 1). Po zakończeniu rehabilitacji ośrodek rehabilitacyjny sporządza i przesyła do Zakładu informację o leczeniu rehabilitacyjnym, zawierającą pełne dane o stanie zdrowia ubezpieczonego, w tym ocenę zdolności do pracy (§ 4) na druku, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia. Koszty przejazdu ubezpieczonego na rehabilitację ponosi ZUS - do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej (§ 5 ust. 2).

Na podstawie § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia, kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację oraz pokrywanie części kosztów tej rehabilitacji przez ZUS, odbywać się powinno na podstawie porozumień zawartych z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, w tym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, zwane dalej „ośrodkami”. Porozumienia z państwowymi przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi (PPU) powinny być zawierane po zasięgnięciu opinii organu wykonującego funkcje organu założycielskiego. Porozumienia powinny określać sposób ustalania należności za udzielane świadczenia i dokonywania rozliczeń oraz wykaz ośrodków.

Rehabilitacja lecznicza ubezpieczonych prowadzona jest w ośrodkach rehabilitacyjnych, z którymi ZUS zawiera stosowne umowy o prowadzenie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonych (§ 3 ust. 3). ZUS uprawniony jest do kontroli realizacji zawartych z ośrodkami umów (§ 3 ust. 4).

Według art. 11 ust. 2 pkt 5 powołanej wyżej ustawy, w ramach prowadzenia przez ZUS prewencji rentowej, możliwe jest wspieranie finansowe lub w innej formie działań mogących przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

ZUS został także zobowiązany do prowadzenia we własnym zakresie badań i analiz przyczyn inwalidztwa, w szczególności z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz inicjowania i wspierania finansowego lub w innej formie badań naukowych dotyczących tej problematyki (art. 11 ust. 2 pkt 3).

Zgodnie z art. 27 pkt 4 ustawy, wydatki ZUS na prowadzenie prewencji rentowej pokrywa się ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Przepis ten wprowadza także ograniczenie wysokości wydatków na prewencję rentową. Ogółem wydatki te nie mogą przekroczyć 0,5 % wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia pieniężne, a w tym wydatki na działalność określoną w art. 11 ust. 2 pkt 3 i 5 (wspieranie finansowe badań naukowych i innych działań mogących przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy) nie mogą przekroczyć 10% wydatków FUS przeznaczonych na prowadzenie prewencji rentowej, po uprzedniej akceptacji Naczelnej Rady Nadzorczej.

Artykuł 40 ust. 1 ustawy zobowiązał Zakład do kontrolowania prawidłowości i efektywności wykorzystania środków przyznanych na wspieranie działalności, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt. 2 - 5.

Do wydatkowania środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczej w ramach prewencji rentowej mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych. Środki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych są środkami publicznymi w rozumieniu art. 2 pkt 7 lit. b ustawy o zamówieniach publicznych w związku z art. 12 pkt 6 i art. 18 ustawy z dnia 5 stycznia 1991 r. - Prawo budżetowe. Pokrywanie części kosztów rehabilitacji leczniczej jest pokrywaniem należności za udzielone świadczenia, a zatem zapłatą za usługę, a nie dotacją. Znajduje to potwierdzenie w treści rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. ZUS, jako zleceniodawca, zawiera z ośrodkami rehabilitacyjnymi, jako zleceniobiorcami, umowy o prowadzenie rehabilitacji leczniczej (§ 3 ust. 3 rozporządzenia). W treści § 3 ust. 2 i 4 powołanego rozporządzenia użyto sformułowań „należność za udzielone świadczenia”, „realizacja zawartych... umów w zakresie świadczonych usług”. Natomiast „dotacja” jest pojęciem oderwanym od zapłaty za świadczenie usług. Artykuł 6 pkt 2 ustawy o zamówieniach publicznych, wyłączający stosowanie przepisów cyt. ustawy, odnosi się do dotacji przyznawanych konkretnym podmiotom gospodarczym i jednostkom organizacyjnym, wyłącznie na podstawie ustaw. Przepisy ustawy o zamówieniach publicznych stosuje się do zamówień udzielanych m. innymi przez państwowe jednostki budżetowe i państwowe fundusze celowe (art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2).

Zasady udzielania zamówień publicznych określają przepisy art. 13 - 27 ustawy. Są to zasady: stosowania wyłącznie jednego z trybów udzielania zamówień publicznych określonych ustawą (art. 13), przy przyjęciu, iż podstawowym trybem jest przetarg nieograniczony (art. 14), podziału zamówień publicznych według wartości zamówienia, przy założeniu - im wyższa wartość zamówienia tym ostrzejsze wymogi formalne obowiązujące w toku postępowania (art. 15), równości podmiotów ubiegających się o zamówienie publiczne i prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji (art. 16), określania przedmiotu zamówienia w sposób zobiektywizowany, nie utrudniający uczciwej konkurencji (art. 17), powszechności dostępu dostawców/wykonawców do zamówień publicznych i równości, wykluczania z ubiegania się o zamówienie publiczne podmiotów niewiarygodnych z przyczyn w ustawie wymienionych (art. 19), bezstronności i wyłączenia z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego osób, które gwarancji bezstronności ze strony zamawiającego nie dają (art. 20), pisemności (art. 21), ochrony słusznych interesów dostawców/wykonawców (art. 22), wstępnej kwalifikacji dostawców/wykonawców, jako prawa zamawiającego (art. 23), stałości

kryteriów zamówienia (art. 24), jawności (z określonymi ustawą wyjątkami) protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (art. 25), uproszczonej dokumentacji przy zamówieniach nie przekraczających równowartości 20 tys. ECU (art. 26) i tajności (art. 27).

Wybór trybu udzielenia zamówienia publicznego jest uprawnieniem zamawiającego. Tryb podstawowy (przetarg nieograniczony) był obligatoryjny przy zamówieniach, których wartość przekraczała równowartość 20 tys. ECU. Odejście od tego trybu w przypadku zamówień, których wartość przekracza 200 tys. ECU wymaga zatwierdzenia przez Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych (art. 15 ust. 2). Przy wyborze innego niż podstawowy trybu udzielenia zamówienia publicznego zamawiający jest obowiązany uwzględnić ustawowe przesłanki przewidziane dla wybieranego trybu. Zamawiający nie może, w celu uniknięcia stosowania ustawy lub uniknięcia procedur udzielania zamówień publicznych, dzielić zamówienia na części oraz zaniżać wartości zamówienia (art. 3 ust. 2 w brzmieniu noweli z dnia 6 lipca 1995 r.).

2.2. Charakterystyka uwarunkowań ekonomiczno - organizacyjnych kontrolowanej działalności

Przesłanką prowadzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych prewencji rentowej , a w tym rehabilitacji leczniczej, było zmniejszenie wydatków z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na wypłatę świadczeń z tytułu niezdolności do pracy.

Liczbę świadczeniobiorców pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych obrazuje poniższa tabela:

, Rok	ogółem świadczeniobiorcy [tys.]	emerytury [tys.]	renty inwalidzkie [tys.]	renty rodzinne [tys.]	świadczenia pozostałe [tys.]
1991	6.417,3	2.938,7	2.404,4	1.046,9	27,3
1992	6.607,1	3.033,5	2.465,5	1.085,8	22,3
1993	6.779,2	3.111,2	2.532,5	1.103,3	32,2

1994	6.950,0	3.185,3	2.598,7	1.137,3	28,7
1995	7.107,3	3.265,0	2.651,7	1.165,1	25,5
1996	7.237,0	3.346,9	2.688,4	1.201,7	-
1997	7.391,6	3.444,6	2.722,5	1.224,5	-

Powyższe dane wskazują, iż liczba świadczeniobiorców pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych systematycznie wzrasta od 1991 r.

Liczba osób, którym przyznano po raz pierwszy emeryturę lub rentę z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych obrazuje poniższe zestawienie:

w tys.

Wyszczególnienie	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ogółem:	912,2	500,7	414,5	397,1	352,5	336,4	341,5
w tym:							
emerytury	496,9	175,9	140,5	124,2	118,4	121,5	129,6
renty inwalidzkie	318,7	243,1	202,6	206,4	171,7	152,6	156,1
renty rodzinne	94,1	81,3	70,8	66,0	61,8	62,3	55,8

Od 1 marca 1995 r. weszły w życie przepisy zrównujące prawa pracodawców sektora publicznego i prywatnego⁹. Miały one na celu zahamowanie wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych związanych z szybko rosnącą absencją chorobową pracowników dynamicznie rozwijającego się sektora prywatnego. Podstawową zmianą było wprowadzenie prawa do wynagrodzenia wypłacanego ze środków pracodawcy za okres pierwszych skumulowanych w ciągu roku 35 dni niezdolności do pracy, a dopiero począwszy od 36 dnia choroby prawa do zasiłku chorobowego finansowanego przez ZUS. Jednak dotychczasowe regulacje prawne mające na celu zmniejszenie obciążeń Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wydatkami na zasiłki chorobowe, nie przyniosły spodziewanych rezultatów.

⁹ Ustawa z dnia 3 lutego 1995 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz zmianie ustawy Kodeks Pracy (Dz. U. Nr 15, poz. 77)

W 1995 r. tzn. w pierwszym okresie funkcjonowania zmienionej ustawy, absencja chorobowa w porównaniu do 1994 r. zmalała o 10,4 % (w 1994 r. 240 331,0 tys. dni; w 1995 r. 215 319,5 tys. dni). Z ogólnej liczby dni absencji, ze środków FUS sfinansowano 123 244,0 tys. dni, co stanowiło 57,2 % ogólnej absencji, a kwota wypłat wyniosła 1 621 373,0 tys. zł.

Jednak w kolejnym roku koszty absencji chorobowej wzrosły. Z danych statystycznych wynika, że ogólna liczba dnia absencji w 1996 r. wyniosła 223 566,7 tys. dni (w stosunku do 1995 r. wzrost o 3,8 %). Ze środków FUS sfinansowano 140 815,4 tys. dni tj. 63,0 % ogólnej absencji. Koszty absencji wyniosły 2 344 059,8 tys. zł., co oznacza ich wzrost w stosunku do 1995 r. o 44,6 %. W 1997 r. tempo wzrostu absencji uległo spowolnieniu. Ogólna liczba dni absencji wyniosła 230 256,4 tys. dni. Tak więc w stosunku do roku poprzedniego nastąpił wzrost o 3,0 %. Ze środków FUS sfinansowano 147 605,8 tys. dni, co stanowiło 64,1 %, a kwota wypłat wyniosła 3 045 538,6 tys. zł. (w stosunku do 1996 r. nastąpił wzrost wypłat o 29,9 %).

Szczegółowe dane dotyczące absencji chorobowej przedstawiono w poniższych tabelach.

Absencja chorobowa razem (łącznie z absencją chorobową finansowaną ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych):

Wyszczególnienie	1994 r.	1995 r.	1996 r.	1997 r.
1	2	3	4	5
Liczba dni w tys.	240.331,0	215.319,5	223.566,7	230.256,4
Wypłaty w tys. zł.	2.708.321,4	3.019.398,9	3.954.736,5	5.010.319,0
Przeciętna dzienna wysokość w zł.	11,27	14,02	17,69	21,76

W tym absencja chorobowa finansowana ze środków zakładów pracy:

Wyszczególnienie	1994 r.	1995 r.	1996 r.	1997 r.
1	2	3	4	5
Liczba dni w tys.	117.173,4	92.075,3	82.705,2	82.610,5
Wypłaty w tys. zł.	1.382.454,0	1.398.025,9	1.610.676,7	1.964.780,4
Przeciętna dzienna wysokość w zł.	11,80	15,18	19,47	23,78

Absencja chorobowa finansowana z FUS:

Wyszczególnienie	1994 r.	1995 r.	1996 r.	1997 r.
1	2	3	4	5
Liczba dni w tys.	123.157,6	123.244,0	140.815,4	147.605,8
Wyплаты w tys. zł.	1.325.867,4	1.621.373,0	2.344.059,8	3.045.538,6
Przeciętna dzienna wysokość wypł. w	10,77	13,16	16,65	20,63

Na renty z tytułu niezdolności do pracy wydatkowano z FUS w 1996 r. 13.583.728,0 tys. zł. a na finansowanie absencji chorobowej (łącznie ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i funduszy zakładów pracy) - 3.954.736,5 tys. zł., to jest 29,11% środków wydatkowanych na renty z tytułu niezdolności do pracy, natomiast w 1997 r. wydatkowano na renty 16.539.127,4 tys. zł, a na finansowanie absencji chorobowej 5.010,319,0 tys. zł., to jest 30,29% środków wydatkowanych na renty z tytułu niezdolności do pracy.

W latach 1990-1995 Zakład Ubezpieczeń Społecznych (wzorem niemieckich instytucji ubezpieczeniowych) prowadził działalność pilotażową w zakresie rehabilitacji leczniczej schorzeń stanowiących najczęstsze medyczne przyczyny inwalidztwa, tj. schorzeń układu krążenia i narządów ruchu. W tym celu zawarte zostały umowy o prowadzenie rehabilitacji leczniczej m. in. ze Stołecznym Zespołem Rehabilitacji STOCER w Konstancinie, Szpitalem Uzdrowiskowym w Nałęczowie, Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Częstochowie, Sanatorium „Bałtyk” w Kołobrzegu i PPU Łądek Długopole w Łądku Zdroju. Według danych zawartych w sprawozdaniach ZUS, w ramach działalności pilotażowej prowadzonej w latach 1990 - 1995 zostało poddanych rehabilitacji około 1.800 osób, z których około 34 % odzyskało zdolność do pracy.

W ramach działalności pilotażowej realizowanej na podstawie wniosków komisji lekarskich ds. inwalidztwa i zatrudnienia, na rehabilitację leczniczą byli kierowani ubezpieczeni, którzy wykorzystali już pełny okres pobierania zasiłku chorobowego (minimum 180 dni) i rokowali (z medycznego punktu widzenia) powrót do pracy zawodowej. Tego rodzaju tzw. późna rehabilitacja lecznicza (po okresie pobierania zasiłku chorobowego) nie daje tak dobrych rezultatów, jak tzw. wczesna rehabilitacja (w trakcie pobierania zasiłku chorobowego).

W trakcie działalności pilotażowej zawarcie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi poprzedzone było uzyskaniem zgody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na prowadzenie rehabilitacji. Minister jednocześnie zobowiązywał się do finansowania określonej liczby miejsc, będących w stałej dyspozycji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. ZUS w zamian finansował zakupy aparatury medycznej i sprzętu rehabilitacyjnego, bądź dofinansowywał inwestycje realizowane przez ośrodki rehabilitacyjne. Inną formą rekompensat dla ośrodków za prowadzoną rehabilitację leczniczą było oddawanie im do używania aparatury medycznej lub sprzętu rehabilitacyjnego będących własnością ZUS.

2.3. Istotne ustalenia kontroli

2.3.1. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

Ustalenia kontroli wykazały, że w okresie objętym kontrolą zadania nałożone na ZUS ustawą o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych w zakresie prewencji rentowej nie były realizowane w sposób właściwy.

- ZUS zawierając umowy z 30 ośrodkami rehabilitacyjnymi w grudniu 1995 r. nie był przygotowany do rozpoczęcia działalności w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ani pod względem prawnym (brak rozporządzenia wykonawczego Rady Ministrów wydanego na podstawie upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych), ani pod względem organizacyjnym (nie przeprowadzono postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wykonywanie usług rehabilitacji leczniczej, nie przeprowadzono wizytacji - oceny kwalifikacyjnej wszystkich ośrodków rehabilitacyjnych przed zawarciem z nimi umów, nie przeprowadzono kalkulacji kosztów osobodnia dla rehabilitacji schorzeń układu krążenia i schorzeń narządu ruchu ani nie ustalono stawki osobodnia dla poszczególnych ośrodków, nie rozpropagowano dostatecznie tej działalności w środowisku lekarskim, celem zapewnienia kierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej).
- ZUS wbrew treści art. 11 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych oraz postanowieniom § 2 ust. 1 „umowy wstępnej” - żądał od lekarzy ośrodków aktywności w pozyskiwaniu pacjentów dla wypełnienia miejsc określonych umową. Pismem z dnia 21 marca 1996 r. Dyrektor Pełnomocny ds. Rehabilitacji i Prewencji

Rentowej, skierowanym do dyrektorów ośrodków rehabilitacyjnych, zalecił ośrodkom „w celu unikania faktu nie wykorzystania miejsc rehabilitacyjnych przekazanych do dyspozycji ZUS prosimy o podjęcie działań we własnym zakresie w porozumieniu z Wojewódzką Komisją Lecznictwa Uzdrowiskowego i ZUS. Ośrodkom rehabilitacyjnym prowadzącym leczenie pacjentów ze schorzeniami układu krążenia ZUS w porozumieniu z MZiOS przedstawi listę szpitali i klinik, z którymi ośrodki nawiążą współpracę w celu pozyskiwania pacjentów bezpośrednio kierowanych z wym. placówek”.

Treść pisma była niezgodna z § 2 ust. 1 „umowy wstępnej”, zgodnie z którym do obowiązków ZUS należało kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą.

- Wybór ośrodków rehabilitacyjnych dokonany został przez ZUS z pominięciem procedur określonych w ustawie z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych, pomimo, że przepisy ustawy mają zastosowanie do zlecania usług w zakresie rehabilitacji leczniczej, ponieważ środki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z których finansowana jest prewencja rentowa, są środkami publicznymi, w rozumieniu art. 2 pkt 7 lit. b ustawy o zamówieniach publicznych. Pokrywanie kosztów rehabilitacji jest zapłatą za udzielone świadczenia, a więc zapłatą za usługi, a nie dotacją. Bez znaczenia jest fakt, że ZUS ma obowiązek pokrywania tylko części kosztów rehabilitacji leczniczej, bowiem zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 ustawy - stosuje się ją do zamówień na dostawy, wykonywanie usług i robót budowlanych opłacanych w całości lub w części ze środków publicznych. W związku z powyższym nie ma tu zastosowania przepis art. 6 pkt. 2 ustawy, wyłączający jej stosowanie w odniesieniu do zasad i trybu przyznawania dotacji ze środków publicznych, jeżeli dotacje te przyznawane są na podstawie ustaw. W grudniu 1995 r. ZUS zawarł umowy z ośrodkami rehabilitacyjnymi na łączną kwotę 6.570 tys. zł., co stanowi (wg. ceny z dnia 18 grudnia 1995 r. 1 ECU = 3,7456 zł.) kwotę 1.754.058,1 ECU. Przy takiej wartości zamówienia tryb przetargu nieograniczonego jest obowiązkowy (art. 14 i 15 ustawy). Wybór innego trybu niż przetarg nieograniczony wymagał - zgodnie z przepisem art. 15 ust. 2 ustawy - zatwierdzenia przez Prezesa UZP. Wyboru ośrodków rehabilitacyjnych dla prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej dokonała komisja powołana przez Prezesa ZUS w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej. Wybrane przez komisję ośrodki do prowadzenia rehabilitacji leczniczej zatwierdził Prezes ZUS.

- W okresie 11 - 20 grudnia 1995 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych zawarł „umowy wstępne” z 30 ośrodkami¹⁰ na mocy których, ośrodki zobowiązały się do prowadzenia kompleksowej rehabilitacji ubezpieczonych ze schorzeniami narządu ruchu lub układu krążenia, skierowanych przez ZUS. W grudniu 1995 na podstawie zawartych „umów wstępnych” ZUS przekazał 30 ośrodkom 6.570 tys. zł. na pokrycie części kosztów rehabilitacji. Decyzja przekazania przez ZUS środków finansowych w 1995 r., została podjęta przed wydaniem przepisów wykonawczych, określających tryb i zasady kierowania na rehabilitację leczniczą oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji zostało wydane dopiero w dniu 3 grudnia 1996r.¹¹, a weszło w życie z dniem 27 grudnia 1996 r.

Zawarte w grudniu 1995 r. „umowy wstępne” były nieprecyzyjne i nie zabezpieczały we właściwy sposób interesów ZUS. Umowy zostały zawarte bez podstawy prawnej, a nazwa „umowa wstępna” nie jest znana w polskim prawie cywilnym. Treść umów była identyczna dla wszystkich ośrodków, niezależnie od profilu rehabilitowanych schorzeń i standardu. Umowy nie określały kosztu osobodnia, w tym kosztu ponoszonego przez ZUS, daty rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej i zasad ponoszenia opłat za niewykorzystane, a postawione do dyspozycji ZUS miejsca. Postanowieniem § 6 pkt 3 „umowy wstępnej” przewidywano rozliczenie przekazanych środków do końca 1996 r. Stawkę osobodnia ustalono dopiero w grudniu 1996 r, w aneksach do „umowy wstępnej”, podpisywanych w trakcie dokonywania rozliczeń z ZUS. W aneksach ustalono również zasadę ponoszenia przez ZUS kosztów wynikających wyłącznie z wykorzystanych osobodni.

- W roku 1995 ZUS przekazał środki finansowe do ośrodków rehabilitacyjnych bez wyraźnie sprecyzowanych kryteriów, w sposób wskazujący na uznaniowy charakter ich podziału.

Wysokość przyznanych poszczególnym ośrodkom środków finansowych, w przeliczeniu na 1 łóżko rehabilitacyjne, kształtowała się od 1.071 zł. w Przedsiębiorstwie Państwowym „Uzdrowisko Ustroń - Jastrzębie”, 2.500 zł. w Gdańskim Centrum Rehabilitacji w Dzierżaninie, 2.778 zł. w Zespole Sanatoryjno - Wczasowym „Arka - Mega” w Kołobrzegu, do

¹⁰ W dniu 13 marca 1996 r. ZUS zawarł jeszcze jedną „umowę wstępną” z Sanatorium Uzdrowskim „Gracja” w Ciechocinka, gdzie za udostępnienie 50 miejsc przekazano kwotę 165 tys. zł. na pokrycie kosztów rehabilitacji.

¹¹ Dz. U. Nr 145, poz. 674

8.000 zł. w Centrum Rehabilitacji - Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Konstancinie, 5.000 zł. w Państwowym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej nr 4 w Poznaniu, 5.000 zł. w Przedsiębiorstwie Państwowym „Uzdrowisko Cieplice”, 5.000 zł. w Zakładzie Rehabilitacji w Gdyni, 4.000 zł. w Przedsiębiorstwie Państwowym „Uzdrowisko - Inowrocław”, oraz 4.000 zł. w Przedsiębiorstwie Państwowym „Uzdrowisko - Połczyn”.

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. w § 3 ust. 1 i 2 stanowiło, że kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą i pokrywanie części kosztów tej rehabilitacji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych odbywa się na podstawie porozumień zawartych z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, w tym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. Porozumienia z państwowymi przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi miały być zawierane po zasięgnięciu opinii organu wykonującego funkcję organu założycielskiego. Porozumienia miały w szczególności określać sposób ustalania należności za udzielane świadczenia i dokonywania rozliczeń oraz wykaz ośrodków.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie zawarł wymaganych porozumień z państwowymi przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi, naruszając tym samym przepis § 3 ust. 1 i 2 powołanego wyżej rozporządzenia, ani nie zasięgnął opinii organu założycielskiego.

ZUS zawarł 13 porozumień z organami i jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej: z wojewodami gdańskim, katowickim, płockim i poznańskim, dyrektorem Białostockiego Przedsiębiorstwa Usług Socjalnych Budownictwa, Prezesem Fundacji Ochrony Zdrowia Inwalidów, Przewodniczącym Federacji NSZZ Przemysłu Lekkiego, Konfederacją Związku Zawodowego Górnictwa, Prezesem Zarządu Zakładu Energetycznego w Bydgoszczy, Fundacją Ochrony Zdrowia „Budowlani”, Prezesem Zarządu Zakładu Energetycznego w Koszalinie, Pełnomocnikiem Federacji Związków Zawodowych Pracowników Handlu, Spółdzielczości i Transportu oraz Przewodniczącym Federacji NSZZ Pracowników Ochrony Zdrowia.

Zawarte przez ZUS porozumienia z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, w tym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, nie określają sposobu ustalania należności za udzielone świadczenia i dokonywania rozliczeń, co stanowi naruszenie przepisu § 3 ust. 2 rozporządzenia. Porozumienia te zobowiązują ZUS do dokonywania rozliczeń kosztów rehabilitacji leczniczej według zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi umów na wynegocjowanych warunkach, zawierają zatem kolejną „subdelegację” do określenia zasad pokrywania części kosztów rehabilitacji leczniczej. Zawarte porozumienia

ustaliły jedynie listę ośrodków rehabilitacyjnych, które mogą być udostępnione Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych.

- Z ustaleń kontroli ośrodków rehabilitacyjnych wynika fakt nieprzygotowania ZUS do rozpoczęcia, na tak szeroką skalę, rehabilitacji leczniczej ubezpieczonych w ramach prewencji rentowej. Pomimo przekazania środków już w grudniu 1995 r. wszystkim wybranym ośrodkom - z powodu braku skierowań ubezpieczonych przez ZUS - jedynie pięć z nich rozpoczęło rehabilitację w styczniu 1996 roku. Wykorzystanie w 1996 r. przez ZUS miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych było bardzo niskie: 13,7% w I kwartale 1996r. i 34,6% w kwartale następnym.
- Pomimo niepełnego wykorzystania przez ZUS miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych okres oczekiwania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w roku 1996 wynosił w skrajnych przypadkach: 271dni (O/ZUS Tomaszów Mazowiecki), 256 dni (O/ZUS Konin), 230 dni (O/ZUS Szczecin), 223 dni (O/ZUS Łódź), 216 dni (O/ZUS Warszawa II), 210 dni (O/ZUS Ostrołęka). Od dnia wystawienia przez lekarza wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia przez ubezpieczonego rehabilitacji upływało w roku 1996 przeciętnie od 46 do 76 dni. W I półroczu 1997 r. maksymalne okresy od wystawienia wniosku o rehabilitację leczniczą do rozpoczęcia przez ubezpieczonego rehabilitacji wynosiły: 256 dni (O/ZUS Konin), 245 dni (O/ZUS Bielsko - Biała), 177 dni (O/ZUS Gdańsk), 152 dni (O/ZUS Warszawa I), 153 dni (O/ZUS Rybnik), 147 dni (O/ZUS Rawicz i O/ZUS Sztum), 137 dni (O/ZUS Biłgoraj, 134 dni (O/ZUS Chorzów). Przeciętnie, w I półroczu 1997 r. ubezpieczeni oczekiwali na rehabilitację od 32 do 73 dni. Tak długie załatwianie spraw związanych z rehabilitacją przyczyniało się do zwiększenia wydatków ZUS na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (wypłata przez długi okres zasiłków chorobowych) i obniżało efektywność rehabilitacji, z uwagi na jej późne rozpoczynanie. Wyjaśnienie Dyrektora Pełnomocnego ds. Rehabilitacji i Prewencji Rentowej, że w wyniku wniosków pokontrolnych NIK zostało wstrzymane kierowanie ubezpieczonych do ośrodków rehabilitacyjnych do dnia 3 grudnia 1996 r., a trzymiesięczna przerwa w kierowaniu miała istotny wpływ na ilość wniosków o długim oczekiwaniu na rehabilitację - nie znalazło potwierdzenia w wynikach kontroli przeprowadzonych w ośrodkach rehabilitacyjnych, gdzie nie stwierdzono przerwy w kierowaniu ubezpieczonych na rehabilitację. W październiku 1996 r. ZUS zaprzestał kierowania ubezpieczonych jedynie do PPU Połczyn, który wobec nieprzekazania środków z ZUS - odmówił dalszego kredytowania rehabilitacji.

- Kierowanie na rehabilitację leczniczą w ramach tzw. „szybkiej ścieżki rehabilitacji” stanowiło naruszenie trybu określonego w § 1 i 2 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji. Zgodnie z § 2 rozporządzenia, kierowanie na rehabilitację leczniczą odbywa się wyłącznie na podstawie orzeczenia lekarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydanego w oparciu o wniosek lekarzy zakładów opieki zdrowotnej lub lekarzy prywatnie praktykujących, złożonego we właściwym ze względu na miejsce zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej oddziale ZUS.

Ubezpieczeni kierowani byli do PP. "Uzdrowisko Rabka" bez zachowania wymaganego rozporządzeniem trybu (bez wniosku lekarz leczącego i bez orzeczenia lekarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych).

W Śląskim Szpitalu Reumatologicznym w Ustroniu w protokole dwustronnych negocjacji prowadzonych przed zawarciem umowy z ZUS z dnia 20 grudnia 1996 r. przewidziano możliwość kwalifikowania przez Szpital, z własnej inicjatywy, wśród swoich pacjentów, osób do leczenia w ramach prewencji rentowej w drodze tzw. „szybkiej ścieżki”, przy czym ich liczbę określono na około 50% pacjentów poddawanych takiej rehabilitacji. ZUS akceptował wnioski o rehabilitację leczniczą już po jej zakończeniu. Ustalenia protokołu nie zostały zawarte w treści umowy, ani nie stanowiły integralnej części tej umowy.

- Na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, ZUS kierował swoich pracowników, nie spełniających kryteriów określonych w art. 11 ust. 2 pkt 1 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych (nie pobierających przez dłuższy czas świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy, niekiedy w ramach urlopu wypoczynkowego, bez orzeczenia lekarza ZUS o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej).

Kontrola wykazała, że w 1996 r. na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej skierowanych zostało (z naruszeniem przepisów ustawy) 88 pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w tym: 56 osób do ośrodków rehabilitacyjnych w Kołobrzegu, 29 do PPU „Łądek Długopole”, 2 osoby do PPU „Busko - Solec” i 1 osoba do PPU „Nałęczów”.

- ZUS nie analizował kalkulacji kosztów osobodnia przedstawianych przez ośrodki rehabilitacyjne, jako podstawy do określenia umownej stawki osobodnia. Nie kwestionował faktów, że takie składniki kosztów jak amortyzacja, konserwacja, remonty bieżące, a także koszty wydziałowe oraz opłaty za energię i wodę przyjmowane do kalkulacji kosztów 1

osobodnia dla pacjentów ZUS, były niekiedy 2 do 4 razy wyższe w porównaniu do analogicznych składników liczonych dla pozostałych pacjentów, korzystających z tego samego zaplecza i identycznych zabiegów.

Z analizy kosztów rzeczywistych poniesionych na rehabilitację leczniczą przez PP. "Uzdrowisko Kołobrzeg" w 1996 r. wynika, że średni koszt osobodnia wyniósł 58,20 zł. W stawce tej 18,03 zł. (31%) stanowiły koszty remontów. Dla porównania, w strukturze kosztów osobodnia pacjentów MZiOS (stawka osobodnia wynosiła 33,59 zł.) koszty remontów wynosiły tylko 1,59 zł.

Przyjęte przez ZUS stawki osobodnia wykazują nadmierne obciążenie kosztami remontów i modernizacji obiektów, tym bardziej, że w maju 1996 r. MZiOS przyznało dla PPU Kołobrzeg kwotę 1.322.513 zł. w celu „przygotowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do realizacji programów zdrowotnych a w szczególności prewencji rentowej i rehabilitacji leczniczej”.

Z ustaleń kontroli wynika, że stawki osobodnia na rok 1996 i 1997 zostały ustalone dopiero w końcu 1996 r., bez analizy kosztów rzeczowych, w tym kosztu zabiegów leczniczych. W 1996 r. koszt rzeczywisty (wykonany) 1 osobodnia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej kształtował się od 32,00 zł. w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 4 Akademii Medycznej w Poznaniu i 32,03 zł. w Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym w Goczałkowicach do 75,00 zł. w Centrum Rehabilitacji im. prof. M. Weissa - Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Konstancinie. W kontrolowanych ośrodkach koszt ten wynosił: powyżej 70 zł. - w 1 ośrodku, 60 - 70 zł. - w 1 ośrodku, 50 - 60 zł. - w 9 ośrodkach, 40 - 50 zł. - w 12 ośrodkach i 30 - 40 zł. - w 2 ośrodkach rehabilitacyjnych. Koszty leczenia wynosiły od 25,5% kosztu rzeczywistego ogółem (Szpital Rehabilitacyjno - Kardiologiczny w Kowanówku k/Obornik) do 68,4 % (w Zakładzie Rehabilitacji w Gdyni). W strukturze kosztu ogółem koszt leczenia przedstawiał się następująco : 20 - 30 % - w 1 ośrodku, 30 - 40 % - w 3 ośrodkach, 40 - 50 % w 8 ośrodkach, 50 - 60 % - w 6 ośrodkach i powyżej 60 % - w 2 ośrodkach.

Koszty żywienia ubezpieczonych w ośrodkach rehabilitacyjnych stanowiły od 7% kosztu rzeczywistego ogółem (w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji w Tarnowskich Górach) do 32,8 % (w Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym „Gwarek” w Goczałkowicach).

W strukturze kosztu ogółem koszt żywienia wynosił: poniżej 10 % - w 1 ośrodku, 10 -20 % - w 3 ośrodkach, 20 - 30 % - w 14 ośrodkach i powyżej 30 % - w 1 ośrodku. Koszty hotelowe w ośrodkach rehabilitacyjnych stanowiły od 10,6 % kosztu rzeczywistego ogółem (w

Centrum Rehabilitacji im. prof. M. Weissa w Konstancinie) do 57,5 % (w Śląskim Szpitalu Reumatologicznym w Ustroniu) i 57,4 % (w Szpitalu Rehabilitacyjno - Kardiologicznym w Kowanówku k/Obornik).

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie dokonywał rzetelnych rozliczeń z ośrodkami rehabilitacyjnymi. Przedstawiane Zakładowi w 1996 r. rachunki uproszczone za prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, były akceptowane pomimo oczywistych błędów rachunkowych i uwzględnianych w nich dni „pustostania”. To ostatnie było niezgodne z podpisanymi umowami.

Zakład zaakceptował m. innymi zawyżone rachunki PP. "Uzdrowisko Łądek - Długopole" o kwotę 20.432,72 zł., PP. "Uzdrowisko Inowrocław" o kwotę 13.052,40 zł., PP. "Uzdrowisko Busko - Solec" o kwotę 3.944,22 zł., Zakładu Rehabilitacji w Gdyni o kwotę 1.783,50 zł, PP. "Uzdrowisko Polczyn" o kwotę 1.519,00 zł., PP. "Uzdrowisko Nałęczów" o kwotę 695,50 zł. Kontrola wykazała również nierzetelność rozliczeń na niekorzyść ośrodków m. innymi Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „REPTY” im. gen. J. Ziętki o kwotę ponad 140 tys. zł., Sanatorium „Nida” w Busku - Zdroju o kwotę 1.840,00 zł.

Najwyższa Izba Kontroli wystąpiła do ośrodków rehabilitacyjnych o dokonanie korekty rozliczeń z ZUS.

- Ubezpieczeni skierowani na rehabilitację leczniczą w roku 1996, dostawali od ośrodków rehabilitacji zwroty kosztów przejazdu. Dokonane przez ośrodki zwroty kosztów przejazdu były rozliczane przez ZUS, pomimo braku podstawy prawnej dla takiego działania. Dokonywanie zwrotu kosztów przejazdu ubezpieczonym następowało na podstawie pisma Dyrektora Pełnomocnego ds. Rehabilitacji i Prewencji Rentowej z dnia 21 marca 1996 r., (znak NRP/146/96), które nie mogło stanowić podstawy do wydatkowania środków publicznych. Dopiero w § 5 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. nałożono na ZUS obowiązek zwracania ubezpieczonym kosztów przejazdu na rehabilitację leczniczą do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

Po wejściu w życie rozporządzenia, w zawartych z ośrodkami umowach ZUS nie nałożył na ośrodki rehabilitacyjne obowiązku zwrotu ubezpieczonym kosztów przejazdu na rehabilitację leczniczą. W I półroczu 1997 r. ośrodki rehabilitacyjne nie zwróciły kosztów przejazdu 1.160 ubezpieczonym, którym przysługiwało do tego prawo.

- Z ustaleń kontroli ośrodka rehabilitacyjnego PPU "Łądek - Długopole" wynika, że Biuro Wdrożeń Systemu Prewencji Rentowej ZUS, kierowane przez Dyrektora

Pełnomocnego ds. Rehabilitacji i Prewencji Rentowej, nielegalnie poświadczalo w roku 1996 skierowania sanatoryjne serii „C”, płatne z budżetu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, co budzi podejrzenie popełnienia przestępstwa sfałszowania dokumentu, o którym mowa w art. 265 § 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 13, poz. 94 ze zm.). Za skierowania te PPU obciążało Ministerstwo i dopiero w dniu 25 listopada 1996 r. dokonano korekty rozliczeń z MZiOS.

- W roku 1996 w planie finansowo - rzeczowym przeznaczono na prowadzenie prewencji rentowej kwotę 50.000 tys. zł., z czego na pokrycie kosztów leczenia rehabilitacyjnego 42.980 tys. zł. Zaplanowano więc znaczny wzrost środków na prewencję rentową (o 404,5%) w porównaniu do 1995 r. W roku 1996 środki finansowe przeznaczone na prowadzenie prewencji rentowej zostały wykorzystane zaledwie w 15% (7.477 tys. zł.), w tym na rehabilitację leczniczą jedynie w 8,3 %. Natomiast wydatki zaplanowane w § 72 (w ramach art. 11 ust. 2 pkt 5 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych - wydatki inwestycyjne na wspieranie finansowo lub w innej formie działań mogących przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy) zaplanowano na kwotę 3.430 tys. zł., a wydatkowano 2.505 tys. zł. (73% planu). Na rok 1997 na leczenie rehabilitacyjne zaplanowano kwotę 41.694 tys. zł., w I półroczu wydatkowano 6.890 tys. zł. (16,7% planu rocznego). Wydatki § 72 zaplanowano w wysokości 1.968 tys. zł., z czego w I półroczu 1997 r. nic nie wydatkowano.

- Wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych poniesione na działalność określoną w art. 11 ust. 2 pkt. 3 i 5, to jest prowadzenie we własnym zakresie badań i analiz przyczyn inwalidztwa w szczególności z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz wspieranie finansowo lub w innej formie badań naukowych dotyczących tej problematyki, a także wspieranie finansowo lub w innej formie działań mogących przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, stanowiły w 1996 roku 48,1 % ogółu wydatków poniesionych na prewencję rentową. Natomiast zgodnie z art. 27 pkt 4 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych, wydatki na działalność określoną w art. 11 ust. 2 pkt. 3 i 5 nie mogą być wyższe niż 10 % wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przeznaczonych na działalność określoną w art. 11 ust. 2 ustawy. Podział środków na realizację powyższych zadań w okresie objętym kontrolą był nierównomierny. Województwa: białostockie, bialsko - podlaskie, śląskie, gdańskie, elbląskie, olsztyńskie, łomżyńskie, suwalskie, ostrołęckie, siedleckie, chełmskie, przemyskie i tarnobrzeskie w ogóle nie partycypowały w tych środkach. Natomiast województwa:

warszawskie, łódzkie i konińskie otrzymały w 1995 r. 35,9% środków rozdysponowanych w tym roku, województwa: wrocławskie, zielonogórskie i gorzowskie - 28,3%, a województwa bydgoskie i włocławskie 23,7%. Wymienione 3 grupy województw otrzymały w 1995 r. łącznie 87,9% środków wydatkowanych na realizację zadań określonych w art. 11 ust. 2 pkt. 3 i 5 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych. Pozostałe 12,1% środków otrzymały pojedyncze ośrodki z terenu całego kraju. W 1996 r. województwa warszawskie i łódzkie otrzymały 7,8% środków, województwa: wrocławskie, zielonogórskie i gorzowskie 15%, województwa bydgoskie i włocławskie - 12,1% środków finansowych wydatkowanych na realizację zadań z art. 11 ust. 2 pkt. 3 i 5. Łącznie te 3 grupy województw otrzymały 64,9% środków, a pozostałe 35,1% otrzymały uzdrowiska z Polski południowej.

W I półroczu 1997 r. wydatkowano na realizację tych zadań 31 tys. zł., z czego województwa warszawskie i łódzkie otrzymały 22,6%, wrocławskie, zielonogórskie i gorzowskie - 45,2%, natomiast bydgoskie i włocławskie - 32,3%. Powyższe dane świadczą o uznaniowości w podziale środków na finansowe wspieranie działań mogących przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i wspieranie finansowe badań naukowych dotyczących przyczyn inwalidztwa.

- Jak wynika z ustaleń kontroli, zarówno przed dniem 1 lipca 1995 r., jak i po tej dacie ZUS przekazał różnym jednostkom organizacyjnym zakupioną ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych aparaturę medyczną, diagnostyczną i sprzęt rehabilitacyjny. Przekazanie nastąpiło na podstawie umów zawartych z tymi jednostkami. W toku kontroli ustalono, że żadna z jednostek, której przekazano na wyposażenie sprzęt i aparaturę nie została wytypowana przez ZUS do prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Jednocześnie z ustaleń kontroli wynika, że ZUS nie kierował do tych ośrodków ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.

- W okresie objętym kontrolą ZUS nie kontrolował prawidłowości i efektywności wykorzystania środków finansowych przyznanych na działalność określoną w art. 11 ust. 2 pkt. 2 - 5, chociaż był do tego zobowiązany na podstawie art. 40 ust. 1 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych.

ZUS nie korzystał także z uprawnień do kontroli realizacji umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi, w szczególności w zakresie świadczonych usług rehabilitacyjnych oraz sposobu wydatkowania przez ośrodki przekazanych środków finansowych. Uprawnienia do kontroli ośrodków rehabilitacyjnych wynikają z § 3 ust. 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji

rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji i z postanowień zawartych umów. W roku 1996 kontrole miały przeważnie charakter wizytacji Dyrektora Pełnomocnego ds. Rehabilitacji i Prewencji Rentowej lub podległych mu pracowników, natomiast brak było ujawnienia tego faktu w książkach kontroli ośrodków rehabilitacyjnych oraz pisemnych zaleceń i wniosków pokontrolnych.

2.3.2 W ośrodkach rehabilitacyjnych

- „Umowy wstępne” zawarte w grudniu 1995 r. zapewniły Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w 1996 r. możliwość korzystania z 1989 miejsc rehabilitacyjnych (681.664 osobodni), z tego 1396 miejsc (469.056 osobodni) dla rehabilitacji schorzeń narządu ruchu i 603 miejsca (202.608 osobodni) dla rehabilitacji schorzeń układu krążenia. Wykorzystanie miejsc zagwarantowanych umową przez ZUS w badanych ośrodkach wynosiło 30,5 % (od 9,3% w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Rabka” do 86,6% w Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym „Gwarek” w Goczałkowicach).

W 5 ośrodkach rehabilitacyjnych zostało wykorzystanych poniżej 20%

miejsc zagwarantowanych umową, w 5 ośrodkach od 20 - 30% miejsc, w 3 ośrodkach od 30 -40% miejsc, w 6 ośrodkach od 50 - 60% miejsc, w 4 ośrodkach powyżej 60% miejsc.

Ogółem w badanych ośrodkach rehabilitacyjnych w 1996 r. wykorzystanych zostało 189.055 osobodni.

W I półroczu 1997 r. wykorzystanie miejsc w badanych ośrodkach wyniosło 52,3% (od 7,6% w Szpitalu Rehabilitacyjno - Kardiologicznym w Kowanówku k/Obornik do 107,3% w Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym „Gwarek” w Goczałkowicach). Odnotowany w 1997 r. wzrost wykorzystania miejsc o 21,8% osiągnięty został przy zmniejszeniu o 10,5% ilości miejsc zagwarantowanych umową.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie przedłużył na rok 1997 umowy z Państwowym Szpitalem Klinicznym Nr 4 Akademii Medycznej w Poznaniu, Centrum Rehabilitacji im. prof. M. Weissa - Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Konstancinie, Państwowym Przedsiębiorstwem „Uzdrowisko Polczyn” i Zakładem Rehabilitacyjnym w Gdyni. Ponadto w roku 1997 zmniejszono o 40% liczbę miejsc w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Busko - Solec”. W 2 ośrodkach zostało wykorzystanych poniżej 10% miejsc zagwarantowanych umową (Szpital

Rehabilitacyjno - Kardiologiczny w Kowanówku k/Obornik - 7,2%, Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Nałęczów” - 9,6%). W 2 ośrodkach rehabilitacyjnych wykorzystano 30 - 40% miejsc, w 2 ośrodkach 40 - 50% miejsc, w 5 ośrodkach od 60 - 70% miejsc, w 2 ośrodkach od 70 - 80% miejsc i w 7 ośrodkach powyżej 70% miejsc (Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjne „Gwarek” w Goczałkowicach - 107,3%, Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” w Iwoniczu Zdroju - 98,87%, Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Cieplice” - 97,4%, Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Rabka” - 96,7%, Sanatorium Uzdrowskie „Róża” w Ustroniu - 91,0%, Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Łądek - Długopole” - 87,5%, Sanatorium „Włókniarz” w Busku Zdroju - 82,9%)

- Przekazane przez ZUS, w grudniu 1995 r., na podstawie „umowy wstępnej”, środki finansowe w łącznej kwocie 6.570 tys. zł. nie zostały przez ośrodki rehabilitacyjne wykorzystane bezpośrednio i w całości na cel zawarty w umowach. Środki te z reguły przekazywane były na rachunek bieżący, z którego finansowano przejściowo inną działalność ośrodków. Stanowiło to naruszenie art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych, § 1 ust. 1 „umowy wstępnej”. Nieprawidłowość taką stwierdzono w 9 ośrodkach, m. innymi w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Kołobrzeg”, Sanatorium „Budowlani” w Augustowie, Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Busko - Solec”, Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Łądek - Długopole” i Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Ustron”.

PPU Łądek Długopole ze środków przekazanych przez ZUS opłacił składki na ubezpieczenie społeczne za listopad i grudzień 1995 r. i bieżące wydatki związane z prowadzoną działalnością leczniczą. Sanatorium „Budowlani” w Augustowie przejściowo finansowało ze środków przekazanych przez ZUS zakupy inwestycyjne sprzętu i aparatury medycznej, oraz remonty i modernizację Sanatorium. Ze środków przekazanych przez ZUS sfinansowano zakup wanny do masażu podwodnego, zestawu do magnetoterapii oraz Uniwersalnego Gabinetu Usprawniania Leczniczego (UGUL). Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Busko - Solec” z przekazanych przez ZUS środków opłaciło składki na ubezpieczenie społeczne za grudzień 1995 r. oraz styczeń i luty 1996 r. Ze środków tych regulowano również terminowe zobowiązania za energię, gaz, wodę i podatki. Główna księgowa Przedsiębiorstwa wyjaśniła, że Przedsiębiorstwo nie ulokowało otrzymanych z ZUS środków finansowych na lokacie terminowej, ponieważ groziło mu nieterminowe opłacenie składek ZUS, które za okres od grudnia

1995 r. do lutego 1996 r. wyniosły 682.429,47 zł. Wykorzystanie środków otrzymanych z ZUS na opłacenie składki ubezpieczeniowej pozwoliło Przedsiębiorstwu uniknąć naliczenia odsetek bankowych od wykorzystanego kredytu, które wynosiły w tym czasie 29,67 %.

Część ośrodków rehabilitacyjnych np. Zakład Rehabilitacyjny w Gdyni, Sanatorium „Budowlani” w Augustowie, Zespół Sanatoryjno - Wczasowy „Arka - Mega” Sp. z oo. w Kołobrzegu oraz Sanatorium „Energetyk” w Inowrocławiu przekazały otrzymane z ZUS środki na lokaty terminowe.

Przedsiębiorstwo Usług Socjalnych Budownictwa w Białymstoku, będące właścicielem Sanatorium „Budowlani” w Augustowie, przekazało kwotę 150 tys. zł. na 2 lokaty terminowe, z których pierwsza została zlikwidowana 14 września 1996 r., a druga 4 października 1996 r. Łączne oprocentowanie lokat wyniosło 12.233,03 zł.

Zakład Rehabilitacji w Gdyni przekazał 70.000 zł. na trzymiesięczną lokatę, a kwotę 20.000 zł. na jednomiesięczną lokatę. Kwotę 10.000 zł. ulokowano na rachunku w Banku Gdańskim. Łączne oprocentowanie środków przekazanych przez ZUS wyniosło 14.188,82 zł.

Zespół Sanatoryjno - Wczasowy „Arka - Mega” Sp. z oo. w Kołobrzegu przekazał uzyskane z ZUS środki finansowe na lokaty terminowe. W miarę braku środków na rachunku bieżącym lokaty te były likwidowane. Otrzymane odsetki w kwocie 25.000 zł. zostały przeznaczone na zakup sprzętu medycznego.

Sanatorium „Energetyk” w Inowrocławiu przekazał kwotę 20.000 zł. na lokatę terminową. Oprocentowanie lokaty wyniosło 4.583,33 zł.

- W roku 1996 w badanych ośrodkach nie zgłosiło się na rehabilitację leczniczą 2.171 ubezpieczonych, co stanowiło 35,0 % skierowanych do tych ośrodków.

Do Państwowego Przedsiębiorstwa „Uzdrowisko Polczyn” nie zgłosiło się 127 osób (52,3% w stosunku do odbywających rehabilitację w tym ośrodku), do Państwowego Przedsiębiorstwa „Uzdrowisko Busko- Solec” nie zgłosiły się 203 osoby (46,1%), do Sanatorium „Budowlani” w Iwoniczu Zdroju - 143 osoby (46,0%), do Państwowego Przedsiębiorstwa „Uzdrowisko Inowrocław - 171 osób (41,0%), do Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji w Tarnowskich Górach - 120 osób (37,4%).

W I półroczu 1997 r. na rehabilitację nie zgłosiło się 906 skierowanych ubezpieczonych, co stanowiło 14,6 % skierowanych do tych ośrodków.

Koszty związane z niezgłaszaniem się ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą ponoszą ośrodki rehabilitacyjne i ZUS. Brak jest instrumentów dostatecznie stymulujących ubezpieczonych do stosowania się do takiego zalecenia lekarskiego o rehabilitacji leczniczej.

- Ośrodki rehabilitacyjne nie były w pełni przygotowane do prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazał niektórym ośrodkom rehabilitacyjnym dodatkowe środki finansowe na remonty lub modernizację, a także na zakupy aparatury medycznej.

Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Łądek - Długopole” otrzymało od ZUS w 1996 r. 100.000 zł. na prace adaptacyjno - modernizacyjne w celu usunięcia barier architektonicznych w Szpitalu Uzdrowskim „Jubilat”. Wartość prac wyniosła 281.832,57 zł., z czego 140.000 zł. sfinansował Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 100.000 zł. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i 41.832,57 zł. samo Przedsiębiorstwo.

Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Busko - Solec” otrzymało od ZUS środki finansowe w wysokości 240.000 zł. na sfinansowanie prac adaptacyjno - modernizacyjnych dla celów prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

W grudniu 1996r. ZUS przekazał Państwowemu Przedsiębiorstwu „Uzdrowisko Iwonicz” 300.000 zł. na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

W Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym „Gwarek” w Goczałkowicach ZUS podniósł stawkę osobodnia na 42 zł., zobowiązując jednocześnie Sanatorium do zakupu sprzętu medycznego w ramach środków otrzymanych na prowadzenie rehabilitacji leczniczej, natomiast w Sanatorium „Budowlani” w Augustowie stawka osobodnia została obniżona ze względu na konieczność podniesienia standardu ośrodka.

- Pomimo, że ZUS zobowiązany był do pokrywania wyłącznie części kosztów rehabilitacji leczniczej, w niektórych ośrodkach rehabilitacyjnych pokrywał on całość kosztów rehabilitacji. W 1996 r. ZUS pokrywał pełny koszt osobodnia w 12 skontrolowanych ośrodkach rehabilitacyjnych (od 100,0 - 124,7% kosztu rehabilitacji), a w I półroczu 1997 r. w 8 ośrodkach rehabilitacyjnych (od 100,0 - 103,4 % kosztu rehabilitacji). W 1996 r. miało to miejsce w: Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Łądek Długopole”, Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Inowrocław”, Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko

Ustroń”, Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym „Gwarek” w Goczałkowicach, Sanatorium „Nida” w Busku Zdroju, Sanatorium „Włókniarz” w Busku Zdroju, Sanatorium „Ziemowit” w Iwoniczu Zdroju, Szpitalu Rehabilitacyjno - Kardiologicznym w Kowanówku k/Obornik, w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 4 Akademii Medycznej w Poznaniu, w Sanatorium Uzdrowskim „Róża” w Ustroniu, w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Połczyn” i w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Rabka”.

W PPU Ustroń ustalono w grudniu 1996 r. stawkę osobodnia dla rehabilitacji schorzeń narządu ruchu na 48,50 zł., a dla rehabilitacji schorzeń układu krążenia stawkę osobodnia w wysokości 50,00 zł., podczas gdy koszt rzeczywisty osobodnia wyniósł 38,90 zł., ZUS pokrywał 124,7% kosztu rzeczywistego. Planowany koszt osobodnia na 1997 r. wynosił 46,20 zł. W roku 1997 stawka osobodnia została podwyższona do 55,33 zł. dla rehabilitacji schorzeń narządu i 55,38 zł. dla rehabilitacji schorzeń układu krążenia.

W PPU Inowrocław stawka osobodnia ustalona w 1996 r. dla rehabilitacji schorzeń układu krążenia i rehabilitacji schorzeń narządu ruchu wynosiła 44,70 zł., a rzeczywisty koszt rehabilitacji 1 ubezpieczonego skierowanego przez ZUS wynosił 42,61 zł. w 1996 r. i 43,22 zł. w I półroczu 1997 r. W roku 1996 ZUS pokrywał więc 104,9% kosztu osobodnia, a w I półroczu 1997 r. 103,4% kosztu osobodnia.

W PPU Łądek Długopole umowna stawka osobodnia w 1997 r. wynosiła 47,08 zł., natomiast wykonanie kosztu rzeczywistego w przeliczeniu na 1 rehabilitowanego w ramach prewencji rentowej wyniosło 42,80 zł. ZUS pokrywał więc 110% kosztu rzeczywistego osobodnia. W I półroczu 1997 r. przy niezmienionej stawce umownej 47,08 zł. wykonanie kosztu rzeczywistego, w przeliczeniu na 1 rehabilitowanego, wyniosło 46,50 zł. (ZUS pokrywał 101,2 % kosztu rzeczywistego).

- Odnotowano liczne przypadki niezgodnego z umową i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. postępowania w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.

W Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Rabka”, prowadzącym rehabilitację leczniczą schorzeń układu krążenia, zastosowano tzw. „szybką ścieżkę rehabilitacji”, polegającą na kierowaniu ubezpieczonych po przebytych zawałach i operacjach kardiologicznych na rehabilitację bezpośrednio ze szpitala. Wnioski o objęcie ubezpieczonych rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej kierowano do oddziałów ZUS dopiero po rozpoczęciu rehabilitacji, a niekiedy już po jej

zakończeniu. W 21 przypadkach wnioski te wystawiono po okresie dłuższym niż miesiąc od dnia przyjęcia na rehabilitację, a skierowania wpływały odpowiednio po 1 - 2 miesiącach. Tylko 17 pacjentów na 119 (14,3%) rozpoczęło rehabilitację na podstawie wystawionych wcześniej skierowań ZUS.

W Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Kołobrzeg” stwierdzono przypadki przyjmowania na rehabilitację leczniczą bez prawidłowo wypełnionych wniosków (dotyczyło to 6 rehabilitowanych pracowników ZUS.)

W Sanatorium „Ziemowit ” w Iwoniczu Zdroju w marcu i kwietniu 1996 r. przyjęto na leczenie rehabilitacyjne 12 ubezpieczonych bez skierowań ZUS.

W Śląskim Szpitalu Reumatologicznym w Ustroniu w protokole dwustronnych negocjacji prowadzonych przed zawarciem umowy z ZUS z dnia 20 grudnia 1996 r., przewidziano możliwość kwalifikowania przez Szpital, z własnej inicjatywy, wśród swoich pacjentów, osób do leczenia w ramach prewencji rentowej w drodze tzw. „szybkiej ścieżki”, przy czym ich liczbę określono na około 50% pacjentów poddawanych takiej rehabilitacji. ZUS akceptował wnioski o rehabilitację leczniczą już po jej zakończeniu.

- Ośrodki rehabilitacyjne zobowiązane były do przekazywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych „Informacji o leczeniu rehabilitacyjnym”, (w 1996 roku na podstawie zawartych umów, a w roku 1997 na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji) w terminie 7 dni od zakończenia rehabilitacji zawierającej m. innymi pełną informację o stanie zdrowia ubezpieczonego oraz końcowe orzeczenie lekarskie o zdolności ubezpieczonego do pracy.

W Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Rabka” stwierdzono znaczne opóźnienia w przekazywaniu „Informacji”. Następowало to z reguły po miesiącu, a w 34 przypadkach po przeszło 2 miesiącach od zakończenia rehabilitacji.

W Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Nałęczów” 54 ubezpieczonych nie miało wpisanych w informacji końcowego orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy zarobkowej.

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Gostyninie - Kruku „Informacja o leczeniu rehabilitacyjnym ”przekazywana była do ZUS w terminie od 12 do 164 dni po zakończeniu rehabilitacji.

- Orientacyjny czas trwania rehabilitacji został w umowach określony na 24 dni. O przedłużeniu czasu rehabilitacji ośrodek rehabilitacyjny był obowiązany: w 1996 r. zawiadamiać w formie pisemnej Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a w 1997 r. każdorazowo uzyskiwać zgodę ZUS na przedłużenie czasu rehabilitacji. Zgodnie z zawartymi umowami podstawą przedłużania czasu rehabilitacji miało być pomyślne rokowanie ubezpieczonego co do możliwości powrotu do pracy po zakończonej rehabilitacji. Większość ubezpieczonych, którym przedłużono czas rehabilitacji uzyskiwała końcowe orzeczenie lekarskie o braku zdolności do pracy. Najdłuższy przeciętny czas rehabilitacji odnotowano w 1996 r. w Sanatoriach „Ziemowit ” (34 dni) i „Budowlani ” (34,2 dnia) w Iwoniczu Zdroju, Zespole Opieki Zdrowotnej w Gostyninie (31 dni) i Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Cieplice ” (31 dni). W 1996 r. przedłużono powyżej 30 dni czas rehabilitacji 346 osobom (7% rehabilitowanych), natomiast w I półroczu 1997 r. odnotowano 209 takich przedłużeń (3,4 % rehabilitowanych). Najwięcej przedłużeń czasu rehabilitacji (115 przypadków) odnotowano w Sanatorium Uzdrowskim „Ziemowit” w Iwoniczu - Zdroju, w którym w 1996 r. stwierdzono przypadki przedłużenia czasu rehabilitacji do 97 i 143 dni, w obu przypadkach, pomimo przedłużania czasu rehabilitacji ubezpieczeni nie odzyskali zdolności do pracy.

W Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Nałęczów” w 1996 r. 71 ubezpieczonym (27,1% ogółu rehabilitowanych) przedłużono czas rehabilitacji, powiadamiając ZUS o takim fakcie tylko w 1 przypadku.

W Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Rabka” w 1996 r. przedłużono czas rehabilitacji 23 ubezpieczonym, a w I półroczu 1997 r. 53 ubezpieczonym, bez uzyskania zgody ZUS bądź bez jego powiadomienia.

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Gostyninie - Kruku przedłużono czas rehabilitacji 162 ubezpieczonym przebywającym na rehabilitacji schorzeń narządu ruchu, bez zawiadomienia o tym ZUS. Ordynator Oddziału stwierdził, że „...w przeszłości nie przestrzegaliśmy reguł sanatoryjnych, będąc jednym z oddziałów szpitalnych i pozostajemy nim nadal. W związku z powyższym nie spotkaliśmy się ze sprzeciwem ze strony Departamentu Rehabilitacji ZUS.”

ZUS wyraził zgodę na przedłużenie w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Polczyn” o 6 dni V turnusu rehabilitacyjnego „ze względów organizacyjnych”, co skutkowało poniesieniem nieuzasadnionych kosztów w wysokości 5.095 zł.

- Zawarte w grudniu 1996 r. umowy o prowadzenie rehabilitacji leczniczej określiły m. innymi „wymagane standardy usług w programie wczesnej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej”, w tym: bazę hotelową, zatrudnienie kadry medycznej, bazę leczniczo - zabiegową oraz wymagane zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w dwóch dziennych cyklach obejmujące łącznie nie mniej niż 5 godzin zajęć dziennie dla jednego pacjenta. Część ośrodków rehabilitacyjnych nie spełniała wymogów dotyczących bazy leczniczo - rehabilitacyjnej i wymogów dot. zajęć rehabilitacyjnych:

Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” w Augustowie nie było wyposażone w basen do ćwiczeń w wodzie oraz sali intensywnej opieki medycznej dla pacjentów ze schorzeniami układu krążenia. Pokoje dwu i trzyosobowe nie spełniały wymogów bazy lokalowej określonych w umowie z ZUS.

PPU „Busko - Solec” i PPU „Łądek - Długopole” nie prowadziły wymaganej umowy ergoterapii - preorientacji zawodowej.

W PPU „Inowrocław” zajęcia rehabilitacyjne dla ubezpieczonych skierowanych przez ZUS prowadzone były tylko w jednym cyklu i trwały około półtorej godziny dziennie.

- W 1996 r. w wyniku rehabilitacji, 4.999 osób (65,0%) uzyskało orzeczenie „zdolny do pracy zarobkowej”, 1017 osób (13,2%), orzeczenie „zdolny do pracy zarobkowej z ograniczeniem”. Natomiast 1.263 osoby, (16,4%) nie odzyskało zdolności do pracy. W odniesieniu do 408 osób, (5,4%), niemożliwe było określenie efektu rehabilitacji ze względu na niekompletność dokumentacji bądź przerwanie rehabilitacji (bez orzeczenia lekarskiego) z powodów losowych, samowolnego wyjazdu lub dyscyplinarnego zwolnienia.

W I półroczu 1997 r., z 6.205 pacjentów ZUS objętych rehabilitacją leczniczą, 3.223 osób (52,0%) zakwalifikowano jako zdolne do pracy zarobkowej, 1.954 osoby (31,5%) uzyskały zdolność do pracy z ograniczeniem i 753 osoby (12,1 %) uznano za niezdolne do pracy. Dla pozostałych 275 osób (4,4%), niemożliwe było określenie efektów podjętej rehabilitacji.

Analiza efektów rehabilitacji w poszczególnych ośrodkach wykazała znaczne ich zróżnicowanie. Porównując ilość wydanych orzeczeń „zdolny do pracy zarobkowej” w stosunku do liczby rehabilitowanych osób w ośrodku, stwierdzono że:

- *najwyższy wskaźnik wymienionych orzeczeń uzyskano w Sanatorium Reumatologiczno-Rehabilitacyjnym „Gwarek” w Goczałkowicach (95,0%),*

Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Iwonicz” w Iwoniczu - Zdroju (89,8%), w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Kołobrzeg” w Kołobrzegu (89,3%),

- najniższy wskaźnik uzyskano w Zespole Sanatoryjno - Wczasowym „Arka - Mega” w Kołobrzegu (28,5%), Sanatorium Uzdrowiskowym „Budowlani” w Iwoniczu - Zdroju (31,8%), Sanatorium Uzdrowiskowym „Nida” w Busku Zdroju (30,9%).

Ww. ośrodki prowadziły głównie rehabilitację pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu.

Również ośrodki specjalizujące się w rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, wykazywały znaczne zróżnicowanie efektów rehabilitacji. Dla przykładu w 1996 roku, w Państwowym Przedsiębiorstwie „Uzdrowisko Rabka” w Rabce Zdroju, 74,5% ubezpieczonych skierowanych przez ZUS otrzymało po rehabilitacji orzeczenie „zdolny do pracy zarobkowej”. Natomiast w tym samym okresie w Przedsiębiorstwie Państwowym „Uzdrowisko Nałęczów” w Nałęczowie takie orzeczenie otrzymało 18,7% pacjentów. Zauważyć jednak należy, że efektywność rehabilitacji (wyrażona ww. wskaźnikiem) w I półroczu 1997r., w porównaniu do efektywności w 1996r., wykazywała w większości ośrodków tendencję spadkową. W niektórych ośrodkach, prowadzących rehabilitację osób ze schorzeniami narządu ruchu, odnotowano istotnie różniące się wyniki. Na przykład w Sanatorium Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym „Gwarek” w Goczałkowicach wskaźnik ten zmniejszył się z 90,5% w 1996r. do 37,3% w I półroczu 1997r., w Śląskim Szpitalu Reumatologicznym w Ustroniu wystąpił spadek z 81,3 % do 45,5% oraz w Sanatorium „Włókniarz” w Busku - Zdroju odnotowano spadek z 78,7% do 24,0%.

Kontrola stwierdziła także znaczne zróżnicowanie pomiędzy ośrodkami w ilości orzeczeń „niezdolny do pracy zarobkowej”.

- najniższy wskaźnik tego rodzaju orzeczeń stwierdzono w PPU „Uzdrowisko Kołobrzeg” (3,8 % w 1996 r. oraz 1,7% w I półroczu 1997r.), Śląskim Szpitalu Reumatologicznym w Ustroniu (4,7% i 3,7%), Zespole Sanatoryjno - Wczasowym „Arka - Mega” w Kołobrzegu (7,1% i 3,0%),

- najwyższy zaś wskaźnik stwierdzono w: Sanatorium „Budowlani” w Iwoniczu - Zdroju (53,3 % i 23,3 %), w PPU „Uzdrowisko Polczyn- Zdrój” (34,6%, natomiast w 1997 r. umowy z ZUS nie przedłużono) oraz PPU „Uzdrowisko Ustroń (28,8% i 17,4%).

Przeprowadzone w toku kontroli badania ankietowe osób ubezpieczonych, które zakończyły rehabilitację leczniczą z orzeczeniem lekarskim „zdolny do pracy zarobkowej” wykazały we wszystkich kontrolowanych ośrodkach rehabilitacyjnych, że znaczny odsetek tych ubezpieczonych nie powrócił do pracy po rehabilitacji.

Np. w Sanatorium „Nida” w Busku Zdroju na 48 ankietowanych biorących udział w badaniu, 18 (41,8%) powróciło do pracy zarobkowej, a 28 ankietowanych (58,3%) nie powróciło do pracy, w Sanatorium „Włókniarz” w Busku Zdroju na 43 ankietowanych 20 (47%) nie powróciło do pracy.

- Większość ośrodków rehabilitacyjnych działających w formie jednostek budżetowych nie podpisała umowy o prowadzenie rehabilitacji w 1997 r. (Zakład Rehabilitacji w Gdyni, Państwowy Szpital Kliniczny nr 4 Akademii Medycznej w Poznaniu, Zespół Opieki Zdrowotnej Gostynin - Kruk, Centrum Rehabilitacji im. prof. M. Weissa - Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Konstancinie.

Zastępca Dyrektora Centrum Rehabilitacji wyjaśnił, że przyczyną nie podpisania przez ten ośrodek nowej umowy z ZUS było wprowadzenie przepisem § 3 ust. 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji, obowiązku przekazywania wpływów otrzymanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu pokrycia części kosztów rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej na dochody budżetowe.

3. OPIS POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI

Czynności kontrolne w ośrodkach rehabilitacyjnych zakończono w grudniu 1997 r.

W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych czynności kontrolne zakończono w styczniu 1998 r. Wszystkie protokoły zostały podpisane przez kontrolerów i kierowników jednostek kontrolowanych.

W dniu 9 lutego 1998 r. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zgłosił 25 zastrzeżeń do protokołu w trybie art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli. Kontrolerzy dokonali, zgodnie z art. 55 ust. 3 analizy zgłoszonych zastrzeżeń,

uznając zasadność w całości 7 zastrzeżeń i 6 zastrzeżeń w części. 12 zastrzeżeń uznane zostało za niezasadne. Kontrolerzy przekazali swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia oraz dokonali odpowiednich zmian w protokole kontroli.

Stosownie do postanowień art. 58 ustawy o NIK w 5 jednostkach kontrolowanych - na wniosek kontrolerów, po podpisaniu protokołów kontroli przeprowadzono narady pokontrolne w celu omówienia stwierdzonych nieprawidłowości i wniosków wynikających z ustaleń kontroli.

Do kierowników wszystkich skontrolowanych jednostek Najwyższa Izba Kontroli skierowała wystąpienia pokontrolne, zawierające ocenę kontrolowanej działalności. Uwagi i wnioski zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości zaadresowano do 85 % skontrolowanych jednostek.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnioskowano o:

- zlecenie usług w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych¹²,
- doprowadzenie do zgodności z przepisem § 3 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r. porozumień z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, w tym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, poprzez określenie sposobu ustalania należności za udzielone świadczenia i dokonywania rozliczeń,
- zawarcie z państwowymi przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi porozumień wymaganych § 3 ust. 1 powołanego wyżej rozporządzenia Rady Ministrów,
- pokrywanie wyłącznie części, a nie całości kosztów rehabilitacji leczniczej, zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych i § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r.,
- zawarcie w umowach z ośrodkami rehabilitacyjnymi postanowień zobowiązujących ośrodki do zwrotu ubezpieczonym kosztów przejazdu na rehabilitację leczniczą oraz kontrola realizacji tego postanowienia, a także zwracanie wszystkim ubezpieczonym skierowanym na rehabilitację leczniczą kosztów przejazdu na rehabilitację leczniczą najtańszym środkiem komunikacji publicznej, zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 1996 r.,

¹² Dz. U. Nr 76, poz. 344 ze zm.

- kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, wyłącznie na podstawie orzeczenia lekarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydanego w oparciu o wnioski lekarzy zakładów opieki zdrowotnej lub lekarzy prywatnie praktykujących, złożone we właściwym ze względu na miejsce zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej oddziale ZUS (§ 1 i 2 rozporządzenia Rady Ministrów). Przestrzeganie tej zasady także w stosunku do pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - prowadzenie bieżącej kontroli realizacji przez ośrodki rehabilitacji postanowień zawartych umów, w szczególności w zakresie świadczonych usług oraz sposobu wydatkowania przekazanych środków finansowych,
 - analizowanie i weryfikacja kalkulacji kosztów osobodnia przedkładanych przez ośrodki rehabilitacyjne, stanowiących podstawę ustalania wysokości stawki osobodnia płaconej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
 - rzetelne sprawdzanie rachunków za prowadzenie rehabilitacji leczniczej i zwrot kosztów przejazdu ubezpieczonym, nie akceptowanie rachunków za dni „pustostanów”, zgodnie z obowiązującymi umowami, dokonanie korekt rozliczeń z ośrodkami rehabilitacyjnymi,
- rozpropagowanie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w środowisku lekarskim, współpraca w tym zakresie z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej,
- opracowanie kryteriów i zasad gospodarowania środkami przeznaczonymi na finansowanie działań określonych art. 11 ust. 2 pkt. 3 i 5 ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych,
 - prowadzenie rzetelnej analizy poniesionych nakładów finansowych na prewencję rentową i uzyskanych efektów w postaci zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy,
 - rzetelne planowanie środków na prewencję rentową.

Sformułowano ponadto 2 wnioski dotyczące rozważenia zasadności zajmowania stanowiska przez Dyrektora Pełnomocnego ds. Rehabilitacji i Prewencji Rentowej oraz Dyrektora Biura Prawnego, odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości (art. 60 ust. 3 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli).

Departament Pracy i Spraw Socjalnych NIK skierował w dniu 4 czerwca 1998 r. do Prokuratury Rejonowej Warszawa - Mokotów, pismo zawiadamiające o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa z art. 265 § 1 Kodeksu karnego.

Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w dniu 16 kwietnia 1998 r. wniósł zastrzeżenie do oceny zawartej w wystąpieniu pokontrolnym, kwestionując zasadność stosowania do zlecania usług rehabilitacji leczniczej, w ramach prewencji rentowej, procedur określonych w ustawie z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych. W uzasadnieniu powołał się na przepis art. 6 pkt 2 ustawy o zamówieniach publicznych, zgodnie z którym, zdaniem Prezesa - przepisów tej ustawy nie stosuje się do zasad i trybu przyznawania dotacji ze środków publicznych, jeżeli dotacje te przyznawane są na podstawie ustaw. Ustawa o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych w art. 11 ust. 2 określa obowiązki ZUS w zakresie prewencji rentowej, w tym kierowanie ubezpieczonych, pobierających przez dłuższy czas świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i zagrożonych stałą lub długoterminową niezdolnością do pracy na rehabilitację leczniczą oraz pokrywanie części kosztów tej rehabilitacji na zasadach określonych przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia. Zdaniem Prezesa, ZUS zlecając wykonanie swoich zadań określonych w art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy wybranym ośrodkom rehabilitacyjnym udziela tym samym dotacji przedmiotowej (celowej) tym ośrodkom.

Kolegium Najwyższej Izby Kontroli na posiedzeniu w dniu 13 maja 1998 r. nie podzieliło stanowiska przedstawionego w zastrzeżeniu zgłoszonym przez Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, uznając, że nie zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 6 pkt 2 ustawy o zamówieniach publicznych, ani inne okoliczności, które wyłączałyby stosowanie tej ustawy. Uchwałą nr 11/98 Kolegium Najwyższej Izby Kontroli z dnia 13 maja 1998 r. w sprawie zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego zastrzeżenie Prezesa ZUS zostało oddalone w całości.

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do dyrektorów ośrodków rehabilitacyjnych wnioskowano o:

- przeznaczanie środków finansowych przekazywanych przez ZUS wyłącznie na cele zgodne z zawartymi umowami, tj. na prowadzenie rehabilitacji leczniczej,
- dostosowanie bazy leczniczo - zabiegowej do standardów usług wymaganych w programie rehabilitacji leczniczej w systemie prewencji rentowej ZUS,
- zapewnienie realizacji postanowień umowy zawartej z ZUS dotyczących wydzielenia części szpitala/sanatorium dla pacjentów skierowanych przez ZUS lub podjęcie z Centralą ZUS negocjacji w sprawie zmiany tych postanowień,

- przestrzeganie ustalonego w umowie czasu rehabilitacji oraz stosowanie ustalonych zasad jego przedłużania lub skracania oraz prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z obowiązującą umową,
- określanie we wszystkich „informacjach o leczeniu rehabilitacyjnym” zdolności ubezpieczonych do pracy zawodowej, terminowe wysyłanie „Informacji o leczeniu rehabilitacyjnym”,
- przyjmowanie na rehabilitację leczniczą wyłącznie na podstawie wniosków zawierających orzeczenie lekarza ZUS o potrzebie rehabilitacji leczniczej,
- zamieszczanie w zawiadomieniach o terminie rozpoczęcia rehabilitacji informacji o przysługującym ubezpieczonemu prawie zwrotu kosztów przejazdu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej,
- zmianę kalkulacji stawki osobodnia dla pacjentów ZUS w części dotyczącej kosztów stałych, proporcjonalnie do udziału tych pacjentów w ogólnej liczbie osób korzystających z usług sanatorium.

Do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych zostały zgłoszone zastrzeżenia przez dyrektora Państwowego Przedsiębiorstwa „Uzdrowisko Połczyn”.

Zgłoszone zastrzeżenia dotyczyły oceny działania Przedsiębiorstwa w zakresie wykorzystywania środków przekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na finansowanie bieżących wydatków, nieuzasadnionego pobrania od ZUS kwoty 5.095 zł tytułem zapłaty za 114 osobodni wykorzystanych przez 19 pacjentów V turnusu przedłużonego do 30 dni z przyczyn organizacyjnych, niezasadnie pobranej kwoty 1.519 zł. za 34 osobodni nie wykorzystanych miejsc oraz uwagi, że Przedsiębiorstwo zaprzestało z dniem 1 października 1996 r. rehabilitacji pacjentów kierowanych przez ZUS.

Komisja Odwoławcza powołana przez dyrektora Departamentu Pracy i Spraw Socjalnych NIK na posiedzeniu w dniu 3 marca 1998 r. uwzględniła zastrzeżenia w części dotyczącej oceny działania Przedsiębiorstwa w zakresie wykorzystywania środków przekazanych przez ZUS do finansowania bieżących wydatków Sanatorium, nieuzasadnionego pobrania od ZUS kwoty 5.095 zł tytułem zapłaty za 114 osobodni wykorzystanych przez 19 pacjentów V turnusu przedłużonego do 30 dni oraz uwagi, że Przedsiębiorstwo zaprzestało z dniem 1 października 1996 r. rehabilitacji pacjentów skierowanych przez ZUS. Komisja nie podzieliła poglądu Przedsiębiorstwa, że ZUS powinien pokryć należność za 34 osobodni nie wykorzystanych miejsc, obowiązek płacenia za dni „pustostania” nie wynikał z „umowy

wstępnej” ani z aneksu nr 1 do tej umowy. Aneks zawierał natomiast wyraźne postanowienie, że ZUS zobowiązany jest do zapłaty należności tylko za osobodni faktycznie wykorzystane. Postanowieniem z dnia 31 marca 1998 r. Prezes Najwyższej Izby Kontroli zatwierdził uchwałę Komisji Odwoławczej.

W odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne Najwyższa Izba Kontroli była informowana o sposobie wykorzystania uwag i wniosków oraz o podjętych w tym celu działaniach. Oprócz informacji o postępowaniach w sprawie korekty rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, dyrektorzy ośrodków rehabilitacyjnych informowali najczęściej o :

- dostosowaniu bazy leczniczo - zabiegowej i zatrudnienia kadry medycznej ośrodka do wymaganych standardów,
- przeznaczaniu środków otrzymanych z ZUS na cele zgodne z umową, tj. na prowadzenie rehabilitacji leczniczej,
- poprawie terminowości i rzetelności wystawiania „Informacji o leczeniu rehabilitacyjnym”.

W toku kontroli zasięgano, w trybie art. 29 pkt 2 lit. f, informacji w 7 jednostkach niekontrolowanych (w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, banku i ośrodkach rehabilitacyjnych nie objętych kontrolą).

Akceptuję

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Dyrektor Departamentu
Pracy i Spraw Socjalnych

Piotr Kownacki

Stanisław Falski

Warszawa, dnia 10.1998 r.
r.

Warszawa, dnia 10.1998

Zatwierdzam

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli

Janusz Wojciechowski
Warszawa, dnia **26.10** 1998 r.